FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 41

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Juillet 1931, à 17 heures

PAR

BONDOIS (ANDRÉ-LÉON)

Né le 17 Octobre 1902 à AVION (Pas-de-Calais)

Contribution à l'Étude du

DÉPISTAGE de la SYPHILIS HÉRÉDITAIRE dans les CONSULTATIONS PRÉ-NATALES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. BUÉ

Suffragants MM. LECLERCQ, BERTIN, PAQUET

— 1931 —
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 41

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Juillet 1931, à 17 heures

PAR

BONDOIS (ANDRÉ-LÉON)

Né le 17 Octobre 1902 à AVION (Pas-de-Calais)

Contribution à l'Étude du

DÉPISTAGE de la SYPHILIS HÉRÉDITAIRE dans les CONSULTATIONS PRÉ-NATALES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

---

Président de la Thèse : M. BUÉ

Suffragants MM. LECLERCQ
BERTIN
PAQUET

— 1931 —
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
LILLE

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ⁂). — Assesseur : M. Gérard E. (⁂, I. ⁂)	
Clinique médicale	MM. Carrière (O. ⁂, I. ⁂), professeur Minet (I. ⁂), id.
Clinique chirurgicale	Gaudier (O. ⁂, ⁂, I. ⁂), Lambret (C. ⁂, I. ⁂), id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	Charmeil (⁂, I. ⁂), id.
Clinique obstétricale	Bué (⁂, I. ⁂), id.
Pathologie interne et expérimentale et clinique des maladies de l'appareil digestif	Surmont (⁂, I. ⁂, ✠), id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	Potel (⁂, ⁂, I. ⁂), id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	Ingelrans (I. ⁂), id.
Physiologie	Dubois (I. ⁂), id.
Anatomie	Cordier (A. ⁂), id.
Histologie	Debeyre (O. ⁂, ⁂, I. ⁂, ✠), id.
Chimie minérale et Toxicologie	Vallée (⁂, I. ⁂), id.
Chimie organique	Polonowski (A. ⁂, ⁂), id.
Matière médicale et Botanique	Fockeu (⁂, I. ⁂, ⁂, ✠), id.
Pharmacie et Pharmacologie	Gérard (Ernest) (⁂, I. ⁂), id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	Desoil (⁂, I. ⁂), id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	Paucot (A. ⁂), id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Le Fort (C. ⁂, ⁂, I. ⁂, O. ✠), id.
Clinique psychiâtrique	Raviart (⁂, I. ⁂), id.
Clinique médicale infantile	Pierret (I. ⁂), id.
Thérapeutique	Doumer (Ed.)
Médecine opératoire	Vanverts (⁂, I. ⁂), id.
Hygiène et Bactériologie	Legrand (A. ⁂ ✠), id.
Médecine légale	Leclerq (⁂, ⁂, I. ⁂), id.
Hydrologie et Crénothérapie	Duhot (I. ⁂), id.
Physique médicale	Fabre (I. ⁂), id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Morvillez (I. ⁂) ; P. Combemale (⁂ A) ; Lavier (⁂, A. ⁂)

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. Painblan (⁂, I. ⁂) chargé du cours
Clinique oto-rhino-laryngologique	Debeyre (O. ⁂, ⁂, I. ⁂, ✠), id
Chimie analytique	Polonowski (⁂, A. ⁂), id.
Physique pharmaceutique	Sonneville (I. ⁂), id.
Parasitologie	Lavier (⁂) id.
Déontologie	Bertin (⁂, I. ⁂), id

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ⁂, I. ⁂), Combemale (O. ⁂, I. ⁂, If.) P. Charmeil (⁂, I. ⁂).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ⁂, I. ⁂), Calmette (C. ⁂), Lescœur (I. ⁂), Baudry (⁂, I. ⁂, ✠), Debierre (⁂, I. ⁂), Doumer (⁂, I. ⁂), Curtis (⁂, I. ⁂), Lemoine (⁂, I. ⁂), Bédart (O. ⁂, I. ⁂, ✠), Combemale (O. ⁂, I. ⁂ M.).

Agrégés en exercice : MM. Gérard, M. (⁂, ⁂, I. ⁂), P. Delannoy (A. ⁂), Paquet (⁂, I. ⁂), Bertin (⁂), Swynghedauw (O. ⁂, ⁂, I. ⁂), Auguste (A. ⁂), Gernez, Nayrac, Granclaude (O. ⁂), Giberton, Thomas, Piquet.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En faible témoignage de mon profond amour filial et de ma gratitude pour tant de sacrifices et de dévouement.

A MON FRÈRE

Affectueux hommage fraternel.

A MES ONCLES ET TANTES

A MA MARRAINE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERTIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECLERCQ

Professeur de Médecine Légale

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAQUET

Professeur d'Obstétrique

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons l'agréable devoir de dire bien haut toute la reconnaissance que nous portons à nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté qui nous ont donné le meilleur de leur connaissance et le fruit de leur expérience.

Nous nous adressons tout d'abord à notre Président de thèse, M. le Professeur BUÉ qui a bien voulu accepter d'examiner notre travail. Nous lui témoignons ici, avec notre profond respect, toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait.

M. le Professeur BERTIN nous a toujours accueilli d'une façon cordiale, nous ne saurions trop le remercier des marques de sympathie qu'il nous a données. Il a bien voulu en ajouter une autre en faisant partie de notre jury de thèse, qu'il veuille trouver ici l'assurance de notre vive gratitude.

M. le Professeur LECLERCQ nous fait aujourd'hui l'honneur d'être notre juge. Nous sommes

très sensibles à la marque d'estime qu'il nous apporte et nous lui affirmons bien sincèrement notre attachement.

Que M. le Professeur PAQUET qui a bien voulu accepter de faire partie de notre jury, trouve ici tous les remerciements que comporte pareil geste. Qu'il soit assuré de toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

Nous remercions M. le Docteur BÉGHIN qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous lui sommes infiniment reconnaissants de son étroite collaboration et nous l'assurons de notre respectueuse amitié.

En terminant, nous remercions bien sincèrement Mademoiselle NUGUET, infirmière-chef du dispensaire d'hygiène sociale qui s'est toujours très aimablement mise à notre disposition pour nous aider dans le dépouillement des observations.

INTRODUCTION

Le domaine de la syphilis héréditaire est immense et a fait l'objet de nombreux travaux tant en France qu'à l'étranger. Nous ne nous permettons pas de reprendre les faits qui ont été publiés, nous avons pensé qu'il serait point inutile de montrer dans ce modeste travail l'organisation et le fonctionnement d'une consultation prénatale en vue du dépistage de la syphilis le plus souvent insoupçonnée. En créant ce dispensaire, en l'annexant à la Maternité, en l'ouvrant aux femmes gravides, aux nourrissons, aux femmes déçues dans leurs espérances voulant se préparer de plus heureuses gestations, nous utilisons le lien moral qui s'établit si heureusement entre nos services d'accouchement et les mères. Le dispensaire est un centre d'assistance médico-sociale consacré à la fonction de reproduction.

La syphilis est une maladie qui étend son emprise à tout l'être et pèse lourdement sur la descendance. La lutte contre la syphilis héréditaire est donc une œuvre de vulgarisation scientifique et d'éducation populaire. Les consultations

prénatales ont dans le dépistage de l'hérédo-syphilis un rôle de tout premier plan car « c'est par l'œuf qu'elle se révèle souvent, c'est au plus tard dans l'œuf qu'il faut l'attaquer pour la vaincre ».

Pour que la syphilis soit soignée à temps, il faut que les médecins de ces consultations la recherchent systématiquement. La syphilis ignorée et par suite non traitée peut demeurer silencieuse ; le mal mystérieux continue d'évoluer et aboutit le plus souvent aux pires catastrophes, tandis qu'un traitement immédiat, soutenu et correctement appliqué peut promptement enrayer la marche du mal implacable. La dépister c'est la combattre, c'est s'efforcer de la rayer de la liste des fléaux qui déciment l'huminaté et c'est ce qu'en toute sincérité nous souhaitons.

I

Il y a quantité de gens qui ont la syphilis sans le savoir. On a fait, il est vrai, à cette manière de voir plusieurs objections, on a dit par exemple qu'il y avait erreur de diagnostic de la part du médecin et dissimulation de la part du malade. Cette objection n'est exacte que pour certains cas assez rares ; il est vrai que parfois la dissimulation des malades est des plus singulière. D'après une autre objection, beaucoup plus importante, ces faits ressortiraient à la syphilis héréditaire tardive. Il existe assurément des faits de ce genre, d'autant plus qu'il faut tenir compte des cas de syphilis de deuxième génération c'est-à-dire dans lesquelles la syphilis passe du grand-père au petit-fils en passant par le fils, bien entendu.

La syphilis ignorée est donc extrêmement fréquente. Tous les médecins l'ont constaté d'une façon générale.

Si on recherche les raisons pour lesquelles elle est si souvent ignorée, on voit que ces raisons sont de divers ordres.

Tout d'abord la fréquente extra-génitalité du chancre : les gens considèrent la syphilis comme étant toujours d'origine vénérienne, et cependant,

ainsi qu'on l'a dit souvent, « elle est la moins vénérienne des maladies vénériennes » (FOURNIER). Sur 100 chancres, il y a 8 à 10 qui sont extra-génitaux. On comprend donc qu'il y ait ignorance du public sur ce point et que beaucoup de syphilis soient méconnues. Non seulement le chancre lorsqu'il est larvé n'est pas reconnu, mais les syphilides cutanées sont méconnues, la roséole n'est pas vue, les syphilides de la bouche et de la gorge passent pour des angines simples, les plaques de l'anus pour des hémorroïdes, les céphalées pour la migraine, les douleurs articulaires pour du rhumatisme. Ce qui montre bien d'ailleurs l'ignorance de certains malades, c'est que tout en niant la syphilis, ils donnent sur les accidents qu'ils ont éprouvés les détails les plus circonstanciés et les plus caractéristiques.

La syphilis ignorée est beaucoup plus fréquente dans les basses classes de la société que dans les classes aisées ; c'est là un résultat naturel des différences de situation, d'éducation. Dans les classes aisées on se surveille attentivement : à la moindre alerte on a le temps et l'argent nécessaires pour courir chez le médecin et se traiter ; il n'en est plus de même dans les classes ouvrières où l'absence d'éducation, l'indigence, le souci du pain quotidien absorbent l'ouvrier et le laissent facilement exposer à la syphilis ignorée.

La syphilis insoupçonnée est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La femme, de

par son éducation, peut ignorer l'existence de cette affection, l'homme a plus de raisons pour être au courant de la nature de sa maladie. Que d'honnêtes femmes et mères de famille n'en soupçonnent même pas l'existence ! Cette ignorance ne les expose-t-elle pas davantage à méconnaître l'ennemi qui peut les frapper ? Il y a, enfin, une raison spéciale qui fait que la syphilis est ignorée d'elle-même : c'est que souvent on a fait tout ce qu'on a pu pour la lui cacher. Lorsqu'un homme a contaminé sa femme, il prévient dans certains cas le médecin en le suppliant de ne rien lui révéler. Celui-ci se trouve alors malgré lui engagé dans cette conspiration du silence, dans ce cas la conséquence de cette ignorance est que la syphilis qui évolue de cette manière n'est pas soignée.

En somme un malade peut avoir toutes les manifestations spécifiques sans se douter qu'il en est atteint. Comme conséquence il niera sa maladie, de bonne foi, et si ce sujet s'est observé attentivement il racontera de lui-même en les dénaturant ses antécédents morbides.

Quelles seront alors les conséquences de cette syphilis ignorée ?

Un sujet ayant présenté une syphilis méconnue de lui, donnera naissance à des enfants qui présenteront plus ou moins tardivement des manifestations qui seront une signature indiscutable de leur origine. Il y a beaucoup d'enfants congénitalement par le tréponème ; la néfaste floraison de syphilis

ignorées et mal traitées pendant la guerre et immédiatement après l'armistice a singulièrement accru le nombre de syphilis dites héréditaires. D'impérieux devoirs de prophylaxie et de soins s'imposent à tous ceux qui ont pour mission de protéger la nation contre un si redoutable fléau social.

La syphilis joue en effet un rôle important dans la dépopulation, elle est de toutes les maladies celle qui produit le plus d'avortements, d'accouchements prématurés et qui tue le plus d'enfants en bas âge. Elle est la « grande tueuse » par excellence, LERREDDE a affirmé qu'elle tue en France plus de 40.000 enfants par an. Elle tue si on ne prend pas les précautions nécessaires, elle ne tue pas si la syphilis des parents est dépistée et si ceux-ci se soumettent de ce fait au traitement indispensable. La lutte contre la transmission de la syphilis ne peut donner de résultats complets que si le dépistage des signes héréditaires, cliniques et hématologiques est effectué et appliqué au plus grand nombre possible de familles et sur tous les membres déclarés suspects après examen minutieux et susceptibles de bénéficier des conclusions thérapeutiques. Il y a donc un intérêt primordial à la dépister, à rechercher dans les antécédents le plus grand nombre de renseignements précis, à découvrir quelque symptôme, si fruste soit-il; tout cet ensemble aurait alors le privilège considérable de pouvoir instituer le plus tôt possible un traitement sauveur. C'est donc une œuvre

de protection qui doit être réalisée sur toute l'étendue du territoire, œuvre de protection familiale dont on peut attendre en confiance les résultats les plus féconds. Dépister la maladie, c'est prévenir la descendance, on réalisera ainsi une œuvre analogue à celle des préventoriums pour enfants de tuberculeux avec cette différence que les enfants de syphilitiques dépistés pourront, en cas de besoin, recevoir le traitement approprié. Sinon c'est « l'épée de Damoclès qui menace la tête de tous ceux qui naissent et celà pendant plusieurs générations ».

Comprenant le danger social qu'il y avait à méconnaître ces syphilis, on s'est occupé de créer des centres offiicels, des dispensaires, où par un examen complet les médecins s'efforcent de la dépister et par suite de tarir la contagion.

A Lille fonctionne depuis Mai 1929, une consultation prénatale annexée à la Clinique obstétricale de l'hôpital de la Charité. On eut au début certaines craintes concernant la fréquentation de ce service, mais vu le nombre croissant de consultantes, malgré un local assez restreint, on peut affirmer qu'il a pleinement réussi. Nous sommes certains que les résultats à venir seront encore meilleurs ; il est consolant de penser que si le mal est grand, nous en avons le remède. Il suffirait que la conviction gagne le peuple et les pouvoirs publics pour qu'en quelques années la santé et la natalité nationales fussent grandement améliorées.

Cette consultation prénatale comprend deux services : médical et social.

Toute femme fréquentant le service pour la première fois est soumise à un examen médical complet. Les renseignements obtenus sont inscrits sur une fiche numérotée et classée que l'on peut facilement retrouver dès que la femme se présente de de nouveau à la consultation. L'interrogatoire est fait le plus minutieusement possible, il porte sur les antécédents héréditaires et personnels de la femme enceinte. On recherche toujours la paternité, l'âge, l'état de santé, la profession du père. Outre les maladies, la fiche comporte l'histoire obstétricale : nombre d'enfants vivants et âge, nombre d'enfants décédés (âge et cause des décès). Avortements, morts-nés.

Concernant la grossesse actuelle, on essaie d'en fixer l'âge d'après les indications fournies, on interroge la femme sur les troubles qu'elle aurait pu présenter au cours de son évolution.

L'examen clinique est ensuite pratiqué : on vérifie les indications fournies par la femme sur l'âge de la grossesse, on s'efforce d'en établir la présentation, la position dès que celle-ci est assez avancée.

On effectue une analyse d'urine dans laquelle on recherche le sucre et l'albumine.

Vient ensuite la partie la plus importante de l'examen clinique : le dépistage de la syphilis insouponnée. On en recherche tous les signes, on

Nom D... femme W..... Prénom Marie Adresse : Rue E. J. N° 4 N° 944-30

Date : 11 10 1930.

Age : 27 ans

Antécédents héréditaires :

Père : décédé

Mère : décédée subitement

Collatéraux : 4 frères et sœurs bien portants
1 frère tué à la guerre.
1 frère décédé Congestion pulmonaire

Antécédents personnels :

Mode d'allaitement : 9

Age de la marche : 9

Age de la puberté : 15 ans

Maladies : Aucune connue.
Tousse continuellement.

État de santé habituel : Précaire.

Écoulements génitaux : Physiologiques.

État de santé actuel. Assez bon.

Troubles digestifs :
Quelques vomissements au début.

Date des dernières règles :

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS

Lille — Imp. Centrale, 72, rue Lepelletier

DATES des Grossesses	AVORTEMENTS	ACCOUCHEMENTS				SUITE DE COUCHES		ENFANTS			MODE d'allaitement
		A terme	Prématurés	Normal	avec interventions ou complications	Physiologiques	Pathologiques	Mort-né	Vivant	Décédé à l'âge de	
1922		1		1		1			♂		sein 2 mois
1925		1		1		1			♂		biberon
1926	2 mois										
1927		1		1		1			♂	20 jours de Pneumonie	biberon
1928	3 mois										
1929		1			forceps	1			♂		
1930		1		1		1			♂	1 heure après l'accouchement	

ACCOUCHEMENT

Date : 29-11-30 Accouchement normal. L'enfant crie normalement ; cependant il est
Résultats : très cyanosé et bientôt il cesse de crier. Respiration artificielle.
Complications : La cyanose disparait mais réapparait aussitôt après. On continue la
État de l'Enfant Respiration artificielle pendant ½ heure et on réchauffe l'enfant.
A-t-il reçu du B. C. G. : La cyanose est moins marquée. L'enfant respire normalement
On le met dans une couveuse. Il meurt 1 heure après.
Pemphigus palmo-plantaire.

Examen Général

Syphilis

Tuberculose

Poumons Râles humides disséminés des 2 côtés

Cœurs et Vaisseaux

Peau et Muqueuses

Système nerveux

Glandes endocrines

Tube digestif

Rien à signaler

Examens de laboratoires

Examens de laboratoires	Dates
Crachats	
Sang W — Hecht —	13-7-29
Sang placentaire W +++	
Sang placentaire Hecht ++	
Réactivation —	
W —	
Hecht —	11-10-30

Observations

Examen obstétrical

Squelette et **Bassin** Normaux

Organes génitaux Rien à signaler

1a Procréateur — 2 enfants vivants — 1922. 1925.

2e Procréateur — 2 Avortements; 1 enfant décédé à 10 mois; 1 enfant vivant; 1 enfant décédé 1 heure après l'accouchement.

Incidents et particularités de la grossesse

DATES	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION ET POSITION	URINES

Thérapeutique envisagée

Prescriptions :

arrive parfois à trouver quelque symptôme, si fruste soit-il, qui permet de découvrir l'affection latente, restée ignorée. On arrive alors à établir un diagnostic clinique qui sera complété par un examen sérologique. Toute femme ne quitte la consultation sans avoir subi systématiquement une prise de sang. Toutes se soumettent très facilement à cette nouvelle épreuve d'examen. Elles ont enfin compris que pour être complètement examinées, la réaction sanguine doit être pratiquée, que c'est dans leur intérêt et surtout dans celui de leur enfant qu'on effectue ces recherches. Elles se rendent parfaitement compte que l'on s'efforce de les examiner le plus soigneusement possible, qu'on « s'occupe d'elles », qu'on leur donne tous les conseils utiles de façon à donner naissance à un enfant sain et bien portant. Elles commentent entre elles tout ce qu'on leur fait, elles invitent celles qui ne sont jamais venues à fréquenter ces consultations, elles les y amènent au besoin. Aussi depuis le début du fonctionnement de ces œuvres prénatales le nombre de consultations va toujours en croissant ; les femmes sont convaincues que quoique paraissant bien portantes il peut exister chez elles un élément nuisible à la santé de l'enfant, et que seul le médecin peut s'en rendre compte.

Le dépistage clinique doit toujours avoir la première place, car il est incontestable que des hérédo-syphilis indiscutables et pouvant être néfastes

pour le produit de conception peuvent s'accompagner de réactions négatives. Assimiler le diagnostic à un simple examen de laboratoire laisserait échapper nombre d'infections spécifiques. Nous ne devons pas demander à la réaction sérologique plus qu'elle ne peut donner, elle peut avoir des défaillances. Gardons confiance aux réactions sérologiques, mais c'est la clinique qui devra toujours avoir le dernier mot. C'est par la clinique que les médecins ayant « un esprit médical et de l'expérience » font leur diagnostic, la réaction sérologique n'étant qu'un symptôme qui peut manquer.

En effet la gestation semble parfois empêcher la positivité du wassermann alors que les signes cliniques permettent de soupçonner ou d'affirmer la syphilis. C'est un fait que Bar et Dannay signalaient dès 1908. D'autres mémoires plus récents confirment que la gestation peut négativer momentanément le wassermann.

D'autres auteurs ont vu que parfois la gestation faussait la réaction dans un sens inverse et risquait de faire passer une femme enceinte saine pour syphilitique. Haudorm et Georgi, Poirier, ont observé des B.-W. positifs chez des femmes enceintes absolument normales. A. C. Beck a vu des femmes qui avaient eu un wassermann positif pendant la gestation et qui l'avaient négatif après, sans qu'aucun traitement soit intervenu. Dans des

cas de syphilis latente chez des femmes enceintes MOORE a remarqué que souvent le wassermann variait dans un sens ou dans l'autre sans traitement et qu'en particulier il changeait très souvent de signe après l'accouchement.

Pour interpréter les divergences constatées pendant la gestation entre la Clinique et le Laboratoire il faut se rappeler qu'un certain nombre de facteurs sont susceptibles de fausser la réaction : différence de sensibilité des antigènes, activité différente des compléments, pouvoir hémolytique anormal de certains sérums. Il faut aussi tenir compte de la valeur technique et même de la valeur morale du Laboratoire qui pratique la réaction. Nous rappellerons avec GAUJOUX et FOULQUIER que « dans certains pays il y a réglementation légale pour la pratique de la Réaction de Wassermann afin de lutter contre les cliniques louches qui font marché de la santé publique ».

Donc en pratique :

A. — Il arrive quelquefois qu'une femme enceinte ayant des accidents syphilitiques ait un wassermann négatif.

B. — Il arrive quelquefois qu'une femme enceinte, semblant indemne de syphilis ait un wassermann négatif.

C. — Il arrive quelquefois qu'une femme enceinte, semblant indemne de syphilis ait un wassermann positif.

D. — Il arrive fréquemment que le wassermann change de signe dans un sens ou dans l'autre, le premier examen étant pratiqué pendant la gestation et le second étant pratiqué, soit à une période ultérieure de la gestation, soit après l'accouchement.

Nous sommes donc amenés à conclure que les résultats du wassermann chez les femmes enceintes sont plus infidèles et doivent être plus suspects qu'en dehors de cet état. On ne peut éliminer de façon ferme le diagnostic de syphilis sur la foi d'une réaction négative, mais une réaction positive ne semble pas nécessairement correspondre toujours à une syphilis.

Quelles influence ces anomalies peuvent-elles avoir sur notre conduite ?

Les erreurs par réponse négative en cas d'accidents sont de nature à nous rendre sceptiques sur la valeur d'un wassermann négatif dans les cas où nous cherchons à dépister une syphilis : une syphilis latente peut être accompagnée, à plus forte raison, d'un wassermann négatif. Tous les wassermanns négatifs, dans toutes les circonstances médicales, sont passibles du même reproche et il est évident que cette imperfection de la Réaction expose à méconnaître certaines syphilis qu ne présentent aucun signe clinique.

Un wassermann positif chez une femme qui semble saine est de nature à nous troubler. S'agit-il d'une femme qui aurait aussi bien présenté une

réaction positive quelques mois avant sa gestation ? Ou s'agit-il d'une réactivation par la gestation ? Ou bien les conditions humorales créées par la gestation peuvent-elles faire apparaître un désordre sérologique susceptible de donner indûment un wassermann positif ? Certains se refusent sur un seul wassermann positif à soigner la femme, et ils exigent au moins un autre critère : soit un stigmate, soit un antécédent, soit un wassermann positif chez le mari. Il semble plus prudent cependant d'instituer un traitement. Il est possible qu'ainsi nous traiterions à tort quelques femmes non syphilitiques, mais il convient de se rappeler que les divers auteurs ayant observé cette coexistence d'un wassermann positif avec des femmes semblant saines, ont relevé parmi les enfants un taux très élevé d'enfants syphilitiques.

D'une façon générale, la réaction de wassermann, malgré l'intérêt d'appoint qu'elle fournit dans certains cas, ne pourrait être considérée comme un signe de certitude : son appréciation doit toujours être liée aux symptômes cliniques et aux effets thérapeutiques. « En obstétrique, écrivait Bory, comme en toute branche de la médecine, la réaction sérologique n'a de valeur que si on la considère comme un signe permettant, en liaison avec tous les autres, de discuter la probabilité du diagnostic ».

Il reste donc impossible d'enclore dans une formule rigoureuse la conduite que pourrait dic-

ter la constatation fortuite d'un wassermann positif, il n'en reste pas moins que cette trouvaille doit nous incliner à la plus grande méfiance.

Les réactions sérologiques dans le sang du cordon ont également leur importance, bien que les statistiques du wassermann recherché à la naissance dans ce sang soient assez discordantes. Nous ne donnons aucun résultat à ce sujet car nous nous sommes occupés uniquement de ce qui se faisait à la consultation.

Tous les examens de sang sont envoyés au Laboratoire, ils en reviennent quelques jours après ; les résultats sont inscrits sur un registre spécial. Si la réaction est positive, la femme est convoquée, on essaie de lui faire comprendre que son « sang n'est pas bon », qu'il contient quelque chose de nuisible pour la santé de son enfant et on lui montre la nécessité qu'il y a de se faire soigner.

Généralement la femme se laisse facilement convaincre et demande de commencer le traitement le plus tôt possible. Certaines sont alors dirigées sur des centres de traitement, d'autres sont soignées au centre de consultation prénatale. Toutes les indications sont portées sur une fiche individuelle, de couleur verte, qui est consultée par le médecin chaque fois que la femme se présente. Le traitement est continué jusqu'au moment où celle-ci entre à la Maternité.

Après l'accouchement, elle revient à la consul-

tation avec son enfant. Celui-ci est examiné soigneusement, on donne à la mère toutes les indications nécessaires concernant le traitement de son nourrisson. Il est ramené régulièrement de façon que le médecin puisse le suivre dans son développement et être mis au courant des incidents qui pourraient se passer au cours de ce traitement. Tous ces renseignements sont portés sur une fiche individuelle ; toutes les fiches sont classées, il est très facile de retrouver l'une d'elles avec toute l'histoire clinique de la mère et de l'enfant pratiquée un an ou deux auparavant.

Tel est le rôle actif du médecin dans ces consultations de dépistage ; le fonctionnement n'en serait pas complet si à côté du service médical il n'en existait pas un autre non moins important : le service social. Ce service est assuré par un certain nombre d'infirmières visiteuses qui, comprenant l'importance de leurs fonctions, s'efforcent de collaborer étroitement avec le médecin « quand le médecin a fini l'infirmière commence ».

Au dispensaire l'Assistante sociale consulte à intervalles réguliers (au moins une fois par mois) les dossiers ou les registres médicaux afin de surveiller la régularité du malade à son traitement. Pour celà il est indispensable que chaque injection soit notée sur la fiche médicale ainsi que la date à laquelle elle est pratiquée.

Afin qu'aucun malade n'échappe à sa surveillance, le service social établit une fiche de contrôle

pour chaque malade. Si celui-ci cesse de venir au traitement, il le rappelle, soit par convocation libellée en termes neutres par crainte des indiscrétions qui peuvent se commettre dans la correspondance des conjoints dont l'un ignore peut-être la syphilis de l'autre, soit par visite à domicile si la convocation reste sans réponse et si l'assistante connaît suffisamment la famille pour pouvoir y pénétrer librement sans conséquences fâcheuses pour le malade.

Par un interrogatoire approfondi, l'assistance sociale essaie de découvrir l'agent contaminateur pour lui faire subir un examen médical. Elle engage à amener à la consultation les personnes de son entourage, conjoint ou enfants qui auraient pu être contaminés. Il est, en effet, capital de considérer qu'une syphilis, cela veut dire souvent des syphilis : Autour d'un syphilitique il y a généralement un nid de syphilitiques qui se savent atteints mais qui s'ignorent le plus souvent. « La syphilis est un fleuve qui est formé à l'origine par beaucoup de petits ruisseaux qu'il faut tarir un à un ».

Nous rapportons l'observation d'une femme venue à la consultation chez laquelle nous avons dépisté une syphilis insoupçonnée.

Une enquête menée dans sa famille a permis de découvrir une spécificité méconnue chez sa mère, sa sœur, et son frère.

Femme de 22 ans.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents collatéraux : 7 frères et sœurs dont 6 vivants.

1 décédé à 4 mois.

Sa mère a fait un avortement de 3 mois.

Antécédents personnels : Diphtérie en 1929.

Rhumatisme articulaire aigu en 1926.

A été réglée à 15 ans, mariée à 20 ans, a quitté son mari après un an de mariage.

Elle vient à la consultation prénatale le 8 Août 1929, enceinte de 7 mois environ.

Reconnue syphilitique elle est soumise au traitement.

Elle accouche le 30 septembre 1929 d'un enfant de 3.650 placenta 600 g.

Sa mère présentait une éruption cutanée siégeant au niveau des ailes du nez et des commissures labiales. elle souffrait de la gorge depuis un certain temps. Elle est amenée à la consultation, une prise de sang est pratiquée : positive elle est soumise au traitement, l'éruption et le mal de gorge ont complètement disparu.

Sa sœur, jeune femme veuve, présentait un très mauvais état général. Amenée à la consultation elle est reconnue positive. Soumise au traitement, son état général s'est fortement amélioré.

Son frère, âgé de 19 ans, de très faible constitution. Reconnu également positif. Soumis au traitement, il est actuellement très bien portant.

Ce n'est pas le médecin du dispensaire qui peut faire venir ces malades à la consultation, mais le service social. La tendance actuelle n'est plus

d'attendre le syphilitique mais d'aller le chercher. Il faut que l'on fasse progressivement pour la syphilis ce que l'on fait pour les maladies contagieuses en général. Si nous attendons, quand il y a un cas de variole, que les varioleux se présentent au fur et à mesure des contagions, il y aurait des épidémies effroyables malgré les vaccinations, parce que celles-ci n'auraient pas lieu en temps utile. Si nous voulons pour la syphilis obtenir des résultats, il faut remonter de proche en proche suivant le système indiqué par Voltaire dans Candide où il montrait une bien curieuse succession de syphilis, passant d'homme à femme, et même d'homme à homme suivant un régime qui n'a pas cessé. La syphilis est évidemment une épidémie moins brutale que la grippe, elle ne se prend pas en wagon, tout au moins le plus souvent, mais elle est une maladie contagieuse. Le jour où nous saurons dépister ces syphilis insoupçonnées et traiter tous ceux qui en sont atteints la « Maladie » sera peut-être vaincue.

Le service social est donc avant tout un service d'assiduité et de dépistage. L'action de la visiteuse, contrairement aux craintes que l'on aurait pu avoir, est bien accueillie dans les familles où elle apporte réellement un concours efficace.

Les accouchées n'ayant pas consulté au cours de leur gestation sont amenées aux consultations et soumises à un examen clinique complet et sérologique. Suivant les indications du médecin, elles

sont orientées par l'assistante sur les consultations des maladies héréditaires. L'assistante prend alors ces malades en charge et exerce sur elles et leur famille la même surveillance que dans les autres services.

Elle essaie de découvrir toutes les causes sociales que le médecin peut ignorer qui entretiennent et aggravent la maladie.

Elle prolonge au delà du dispensaire l'influence médicale afin d'éviter une récidive de la maladie et ramène aux consultations les malades qui seraient tentés d'abandonner leur traitement. Dès la première entrevue l'assistance s'informe si elle peut visiter ou écrire ; elle prend alors l'adresse exacte. Dans la négative elle prend celle de l'employeur afin de pouvoir faire parvenir une communication si celà est nécessaire.

L'influence de l'assistante s'étendant dans les familles à tous les membres qui la composent, il est utile que celle-ci puisse faire le plus grand nombre de visites à domicile dans un but de prophylaxie et d'assistance sociales, car elle contribue à la prévention des maladies et à la conservation de la santé.

Au sortir de la période tragique que nous avons traversée, la France a besoin de générations saines et fécondes pour combler les vides causés par la guerre. Le pays ne peut les lui donner que si la lutte est engagée contre les fléaux qui la déciment et de ceux-ci la syphilis n'est pas le moindre. Que

ces centres de dépistage fonctionnent activement et nous n'aurons plus à déplorer la perte de tant de milliers d'êtres fauchés chaque année en plein âge viril. Que la syphilis de la femme enceinte soit dépistée et combattue par un traitement rationnel nous n'assisterons plus à ces hécatombes d'enfants tués dans le sein maternel ou dans leur berceau par le mal héréditaire.

II

Les consultations prénatales annexées à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital de la Charité fonctionnent depuis Mai 1929. Depuis cette époque jusqu'au 1er Mai 1931, 2.401 consultantes se sont présentées pour lesquelles il a été donné 6.950 consultations réparties de la façon suivante :

Année 1929

1er trimestre :

Mai — 321 consultations.
Juin — 242 consultantes nouvelles inscrites.

2me trimestre :

Juillet — 301 consultantes nouvelles inscrites.
Août
Septembre — 589 consultations.

3me trimestre :

Octobre — 635 consultations.
Novembre
Décembre — 273 consultantes nouvelles inscrites.

Année 1930

1er trimestre :

Janvier, Février, Mars : 317 consultantes nouvelles inscrites. 912 consultations.

2me trimestre :

Avril, Mai, Juin : 288 consultantes nouvelles inscrites. 959 consultations.

3me trimestre :

Juillet, Août, Septembre : 313 consultantes nouvelles inscrites. 1.114 consultations.

4me trimestre :

Octobre, Novembre, Décembre : 254 consultantes nouvelles inscrites. 1.109 consultations.

Année 1931

Janvier, Février, Mars, Avril : 413 consultantes nouvelles inscrites. 1.311 consultations.

Toutes ces femmes ont été examinées au point de vue obstétrical, toutes ont été soumises à un examen complet : clinique et sérologique.

Sur 2.401 consultantes, nous sommes arrivés à dépister 258 cas de syphilis insoupçonnées, ce qui fait un pourcentage de 10,78 %.

Certaines femmes venues à la consultation à une période trop avancée de leur grossesse n'ont pu être soumises que très peu de temps au traitement, heureusement d'autres venues dès le début de leur grossesse ont pu être traitées et suivies régulièrement. La plupart d'entre elles ont accouché dans le service de maternité, il nous a donc été facile d'obtenir le résultat des accouchements. Ce sont uniquement ces résultats que nous donnons.

Parmi ces consultantes accouchées dans le service, 61 présentaient une réaction de wassermann positive. Le résultat des accouchements a été le suivant :

Nombre de naissances à terme	50
Nombre d'avortements	1
Nombre d'accouchements prématurés . ..	4
Nombre d'accouchements dystociques ..	6

Nous nous sommes efforcés d'établir le plus soigneusement possible :

a) le poids moyen des enfants P ;

b) le poids moyen des placentas p ;

c) le rapport (R) entre le poids moyen de l'enfant et le poids moyen du placenta.

Nous avons obtenu pour :

P : 3 k. 223

p : 0 k. 664

$$R : \frac{3223}{664} = 4{,}085.$$

Pour les autres consultantes accouchées également dans le service, 111 présentaient une réaction de Hecht positive.

Le résultat des accouchements a été le suivant:

Nombre de naissance à terme	103
Nombre d'avortements	2
Nombre d'accouchements prématurés . ..	1
Nombre d'accouchements dystociques . ..	5

Nous avons établi les mêmes rapports que précédemment et avons obtenu :

Poids moyen des enfants à terme : P : 3 k. 341.

Poids moyen des placentas : p : 0 k. 579.

Rapport R entre P

$$\frac{P}{p} \quad R : \frac{3341}{579} = 5{,}72.$$

Nous avons également établi ce rapport (R) avec des femmes exemptes de syphilis :

Nous avons obtenu pour :

P : 3 k. 446

p : 0 k. 515

$$R : \frac{3446}{515} = 6{,}666.$$

Que devons-nous penser de ces trois chiffres ?

La question du poids du placenta et du poids de l'enfant a été fortement discutée, les avis sont encore partagés, restons neutre sur ce terrain mais disons cependant qu'un rapport tel 4,085 ne doit pas faire affirmer une syphilis héréditaire mais doit y faire penser.

Les femmes dépistées se laissent facilement convaincre et comprennent l'importance de se faire soigner. Rares sont celles qui refusent ou se dérobent au traitement : Après une série d'avortements ou d'accouchements prématurés certaines voient leur grossesse évoluer jusqu'à terme et donnent naissance à des enfants relativement bien portants, tandis que d'autres n'ayant pas voulu comprendre la nécessité de se faire traiter continuent à avorter ou donnent naissance à des enfants présentant des manifestations cutanées de syphilis et emportés en peu de temps par le mal implacable.

Nous rapportons quelques observations qui montrent les résultats obtenus et la nécessité de pouvoir les dépister dès le début de la grossesse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme positive n'ayant pas voulu se soumettre au traitement. Femme de 31 ans.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents collatéraux : 7 frères et sœurs décédés en bas âge.

Antécédents personnels : Rien à signaler. Mariée, son mari âgé de 32 ans est, paraît-il, bien portant.

Antécédents obstétricaux : *Janvier 1922 :* accouchement prématuré à six mois de 2 jumeaux décédés.

Décembre 1922 : accouchement prématuré à six mois de 2 jumeaux décédés.

En 1931 nouvelle grossesse. Elle vient à la consultation le 10 janvier 1931 enceinte de 6 mois environ.

L'examen clinique et sérologique nous indique une syphilis insoupçonnée. On s'efforce de la soumettre au traitement, elle refuse.

Elle accouche le 7 Avril 1931 d'un enfant vivant de 4 kg. 700 placenta = 0 kg. 950, présentant des lésions syphilitiques maculo-papuleuses.

OBSERVATION II

Femme de 41 ans.

Antécédents héréditaires : Père décédé subitement.

Mère bien portante.

Antécédents collatéraux : 2 sœurs, 5 frères, tous bien portants.

Antécédents personnels : Rien à signaler. Mariée, son mari âgé de 49 ans est bien portant.

Antécédents obstétricaux :

1904. — Accouchement à terme. Enfant vivant.

1905. — Accouchement à terme. Enfant vivant.

1908. — Accouchement à terme. Enfant vivant.

1911. — Accouchement à terme. Enfant vivant.

1914. — Accouchement à terme. Enfant vivant.

De 1914 à 1920 pas de grossesse.

1920. — Accouchement à terme d'un mort-né.

1925. — Avortement à 6 semaines.

1927. — Accouchement à terme d'un mort-né.

1929. — Nouvelle grossesse. Elle vient à la consultation le 23 Novembre 1929, enceinte de 2 mois environ.

L'examen clinique et sérologique nous indiquent une syphilis ancienne insoupçonnée.

La femme est immédiatement soumise au traitement qu'elle suit très régulièrement.

Elle accouche dans le service le 1er Juillet 1930 d'un enfant de 3 kg. 500, placenta 0 kg. 500, dont l'état général semble satisfaisant.

OBSERVATION III

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents collatéraux : 3 frères, 1 décédé en bas âge de méningite.

Antécédents personnels : Rien à signaler. Son mari âgé de 27 ans est bien portant.

Antécédents obstétricaux :

1927. — Accouchement à terme d'un enfant vivant décédé de broncho-pneumonie à un an.

1928. — Accouchement prématuré à 6 mois. L'enfant meurt trois quarts d'heure après.

1929. — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$. L'enfant meurt huit jours après.

1930. — Nouvelle grossesse. La femme vient à la consultation le 14 Janvier 1930, enceinte de 5 mois $\frac{1}{2}$ environ.

Reconnue syphilitique elle est soumise au traitement. Elle accouche le 25 Avril d'un enfant bien portant.

OBSERVATION IV

Femme de 27 ans.

Antécédents héréditaires : Père décédé d'affection inconnue.

Mère décédée de bacillose pulmonaire.

Antécédents collatéraux : 2 frères décédés en bas âge.

2 sœurs bien portantes.

Antécédents personnels : Rien à signaler. Son mari âgé de 34 ans est bien portant.

Antécédents obstétricaux :

1922. — Accouchement à terme d'un enfent vivant décédé à 2 mois.

1924. — Accouchement à terme d'un enfant vivant.

1926. — Avortement à 4 mois.

1926. — Nouvel avortement à 4 mois.

En 1930 nouvelle grossesse. Elle vient à la consultation le 9 Janvier 1930 enceinte de 5 mois environ.

Reconnue syphilitique elle est soumise au traitement.

Elle accouche le 25 Avril d'un enfant bien portant.

OBSERVATION V

Femme de 30 ans.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents collatéraux : Néant.

Antécédents personnels : Rien à signaler.

Antécédents obstétricaux :

1920. — Avortement de 2 mois.

1922. — Accouchement à terme d'un enfant vivant.

1929. — Grossesse. Vient à la consultation le 9 Juillet 1929, enceinte de 6 mois environ.

Reconnue syphilitique, elle est soumise au traitement, mais un mois après, le 25 Août 1929, elle accouche prématurément d'un enfant mort.

Le traitement est continué.

En 1930. — Nouvelle grossesse.

Elle accouche le 1er Août 1930 d'un enfant à terme, vivant, bien portant, dont le poids est de 3 kg. 150, placenta 0 kg. 610.

CONCLUSIONS

Il y a donc un intérêt primordial à dépister ces syphilis insoupçonnées, car les dépister c'est en même temps les combattre et prévenir la descendance. Pour que les résultats deviennent meilleurs il faudrait que ces femmes fréquentent les consultations pré-natales dès le début de leur grossesse afin de pouvoir être soumises au traitement le plus rapidement possible. Si certaines femmes ont bénéficié de soins suffisants, d'autres traitements furent à peine ébauchés étant donné l'âge avancé où nous fut confiée la gestation. Une fois dépistée, la prophylaxie de la syphilis congénitale insoupçonnée est la prophylaxie par le traitement, visant à empêcher la transmission ou à en atténuer les conséquences. Les tentatives d'organisation de ces consultations doivent être poursuivies, et pour cela il faut que le corps médical tout entier participe à la lutte. A chaque maternité, si petite soit-elle devrait être annexé un centre de consultations prénatales, non seulement parce que les accoucheurs sont en mesure de dépister nombre de syphilis ignorées, la syphilis de l'œuf et du nou-

veau-né mettant en évidence la syphilis latente des procréateurs, mais « parce que l'atmosphère d'humaine tendresse qui imprègne les maternités ménagera toujours mieux les sentiments intimes des futures mères, justiciables d'un traitement anti-syphilitique ».

Vu : Bon a imprimer :
Le Président de Thèse,
BUÉ.

Vu : *Le Doyen,*
Ch. DUBOIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

BAR et DAUNAY. — « Recherches sur le séro-diagnostic chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né ». L'obstétrique 1909, I, p. 129-260.

BECK. — « Syphilis complicating pregnancy ». Aner. Journ. of Obst. and Gyneco. Octobre 1921, p. 416-440.

BAYET (A.). — « La lutte contre la syphilis en Belgique, son organisation et ses résultats ». Bruxelles 1926. Ligue nationale belge contre le péril vénérien, p. 62-80.

CHARMEIL. — « Syphilis conceptionnelle ». Echo méd. du Nord. Lille 1904, p. 37-42.

CUSHING. — « Congénital syphilis Montréal ». 1906, p. 66-68.

COUVELAIRE. — « Prophylaxie de la syphilis congénitale ». Revue internationale de l'enfance. Juin 1930, p. 500-503.

CONFÉRENCE. — « De la Défense sociale contre la syphilis ». Nancy 29-31 Mai 1928. Procès-verbaux. Rapports.

CAVAILLON. — « L'organisation générale de la lutte contre la syphilis prophylaxie anti-vénérienne ». Journées prophylactiques de Paris. Rouen, 19-21 Juin 1930.

COUVELAIRE. — « La lutte contre la syphilis héréditaire ». Journées de Paris. Rouen 19-21 Juin 1930.

« La lutte contre la syphilis congénitale ». Prophylaxie anti-vénérienne. Nov. 1930, p. 680-695.

COMBY (J.). — « Sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez le nourrisson ». Bulletin social de pédiatrie de Paris, 1923, t. XXI, p. 401-409.

COCHET-BALNEY. — « Mortinatalité d'origine syphilitique ». Thèse Lyon 1923-1924.

COX. — « La syphilis congénitale ». Southwesterm Méd., Septembre 1924.

CHEVITCH. — « Dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations des nourrissons ». Thèse Lille 1927.

DIETZ (P.). — « Sur la syphilis congénitale dite héréditaire ». Gaz. Méd. de Liége, 1895, p. 460-462.

DUNN (I. H.). — « Hereditary syphilis ». Northwest. Luncet St-Paul, 1893, p. 23-28.

DAVID (André). — « Syphilis post-conceptionnelle tardive : transmission ou fœtus ». Thèse Toulouse, 1908-1909.

DUJOL (G.) et LAURENT (C.). — « La lutte anti-syphilitique dans les Maternités ». Loire Méd. St-Etienne, 1922, t. XXXVI, p. 73.

DAVID Roger. — « L'hérédo syphilis dans une ocnsultation de nourrissons ». Thèse Paris 1923.

DUJOL et LAURENT. — « La collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe dans la lutte contre la mortalité d'origine syphilitique ». J. de Méd. de Lyon 1924, p. 215-129.

ENGMAN. — « Hereditary syphilis ». St-Louis M. Gaz. 1899.

FOURNIER. — « Comment il faut concevoir la syphilis de nos jours ». Bulletin Méd. Paris 1896, t. X, p. 411-423.

FOURNIER (Alfred). — « L'hérédité syphilitique ». Paris. Masson 1891.

FOURNIER. — « Hérédo-syphilis de 2e génération ». Paris 1905.

« Les familles hérédo-syphilitiques ». Gaz. des Hôpitaux, Paris 1893.

FOURNIER (A.). — « Les syphilis ignorées ». Nice Méd., 1897-98.

FOURNIER (E.). — « Syphilis héréditaire de l'âge adulte ».
FRIEND. — « Hereditary syphilis ». Med. times 1909.
GAUCHER. — « L'hérédo syphilis à la naissance ». Revue inter. de méd. et chirurgie. Paris 1910.
GAUCHER (E.). — « La syphilis héréditaire ». Ann. de Méd. et Chirurg. inf. Paris, 1904, p. 685-694.
GAUCHER. — « L'hérédité syphilitique paternelle et maternelle ». Gaz. Méd. belge, Liége 1910, t. II, p. 83-85.
GASTON (P. C.). — « Syphilis héréditaire de 2e génération ». Bull. Soc. franç. de dermato-syphiligraphie. Paris 1895, p. 367-373.
GAUJOUX et FOULQUIER. — « Observations sur la réaction de wassermann en obstétrique ». Revue française de gynécologie et obst., Nov. 1922.
GIRAUD (P.). — « Stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson hérédo-syphilitique ». Journ. de méd. Lyon 1924, p. 125-129.
HANDON et GEORGI. — « Le séro-diagnostic de la syphilis pendant la gestation ». Zentralb für Gyn., 25 Août 1923, p. 361.
HATA (S.). — « Les ravages de la syphilis et sa prophylaxie ». Vie Méd. Paris 1922, t. XXIV, p. 84-90.
JAUBERT (E.). — « Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire chez l'enfant ». Thèse Montpellier 1903-1904.
JEANSELME. — « L'hérédo-syphilis ». Revue générale de clinique et thérap. Paris 1910, t. XXIV, p. 180-182.
« Mécanisme et caractère de l'hérédo-syphilis ». Corresp. méd. Paris 1910, t. XVII, n° 370, p. 15-17.
KING. — « Syphilis et gestation ». New Orléans med. and Surg. Journal, Mai 1924.
KNOX. — « La prophylaxie anté-natale ». Southern médical Journal, Juin 1924.
LHOMER (H. L. F.). — « Recherches statistiques sur les conditions de transmission de la syphilis de la mère au fœtus ». Thèse Lyon 1891-1922.

LEVIN (M^lle). — « La syphilis ignorée ». Thèse Paris 1897.

LEDOUX (E.). — « Syphilis ignorée ». Revue Méd. de Franche-Comté. Besançon 1907, t. XV, p. 17-21.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE contre le péril vénérien. — « Conférence de la syphilis héréditaire ». Paris, Faculté de Médecine, 5-7 Octobre 1925. Procès-verbaux des séances et rapports.

MARFAN. — « Syphilis héréditaire ». Pédiatrie pratique, Lille 1909.

MONNIER (M.). — « De la syphilis héréditaire d'origine paternelle ». Réfutation des théories actuelles. Paris, Masson 1908.

NOBECOURT (P.) et SCHRIEBER. — « Mesures sociales de protection contre la syphilis et de protection contre l'enfant ». Méd. inf. Paris 1920, t. XXVI, p. 129-135.

ORGANIZATION and functions clinic for heredo-syphilitic children in maternity hospital of Buenos-Ayres. Ganahan, Murtagh, Semana med. p. 1341-1345,

POIRIER. — « Wassermann et grossesse ».

PAUCOT. — « Enquête sur l'organisation de la lutte contre l'hérédo-syphilis ». Echo Méd. du Nord 1928.

« Dans quelle mesure l'hérédo-syphilis est-elle facteur d'avortements, de mortinatalité et de mortalité du premier âge ». Echo Méd. du Nord 1928.

PAUCOT et NUYTTEN. — « Résultats obtenus par les consultations de grossesse dans la lutte contre la syphilis ». Echo Méd. du Nord, 1928.

RICHARD D'AULNAY (G.). — « De la syphilis conceptionnelle ». Arch. de toxico. et gyneco. Paris 1895, t. XXII, p. 180-195.

RICHE (A.). — « Syphilis héréditaire de 2^e génération par géniteurs apparemment sains ». Thèse Lille 1924.

RUEFF. — « Hérédo-syphilis de 2^e génération ». Thèse Paris 1925.

SOLARI. — « La syphilis au double point de vue médical et social ». Thèse Paris 1899.

SALLES. — « Syphilis héréditaire précoce ». Revue Médicale de Normandie. Rouen 1903, p. 417-422.

SPOLLMANN et ETIENNE. — « Syphilis familiale ». Ann. de Dermato et Syp. Paris 1894, p. 311, 642, 644.

VIARD (P.). — « Notes sur le fonctionnement d'une consultation de dépistage, de prophylaxie et de traitement des maladies héréditaires pendant l'année 1925 ». Progrès Méd. Paris 1926.

« Ce qu'on fait à l'étranger pour lutter contre la syphilis ». Vie Méd. Paris 1922, t. XXIV, p. 84-90.